



CONSORCIO DE
COMPENSACION
• DE SEGUROS •

**GUÍA PRÁCTICA DE TRAMITACIÓN
DE QUEJAS Y RECLAMACIONES
ANTE EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO**

INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de la aprobación del nuevo Reglamento del Servicio de Atención al Asegurado (Instrucción GE-20/2014), se hace necesaria la adaptación de la Guía Práctica de Tramitación, publicada en Noviembre de 2012, al nuevo Reglamento.

Con la presente Guía se pretende facilitar al asegurado el acceso al Servicio de Atención al Asegurado para la presentación de reclamaciones contra resoluciones finales de la Entidad y de quejas referidas a irregularidades o dilaciones injustificadas en la tramitación de los expedientes de indemnización.

De esta forma se completa el marco de las facultades de actuación de los asegurados en relación con la tramitación de los siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios que, se inicia con la comunicación de los daños efectuada directamente por el propio asegurado o bien a través de su entidad aseguradora o de su mediador de seguros, se desarrolla mediante el proceso de valoración de los daños llevado a cabo por los peritos de daños bajo los principios de profesionalidad , objetividad y celeridad y que finaliza con el pago de la indemnización correspondiente o bien con la desestimación de la solicitud de indemnización

RECOMENDACIONES

1. PRESENTACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

El asegurado de riesgos extraordinarios podrá acceder al Servicio de Atención al Asegurado mediante cualquiera de los siguientes medios:

a) Internet

A través de la página WEB (www.consorseguros.es) el asegurado de riesgos extraordinarios puede presentar Reclamaciones y Quejas. Para ello deberá validar su reclamación facilitando su número de expediente y su NIF/CIF.

b) Correo electrónico

Mediante comunicación por escrito dirigida a la dirección electrónica del Servicio de Atención al Asegurado: saa@consorseguros.es

c) Correo ordinario a la dirección postal:

Consortio de Compensación de Seguros

Servicio de Atención al Asegurado

Pº de la Castellana, 32 -7ª planta

28046 – MADRID

2. OBJETO DE LAS RECLAMACIONES

El Servicio de Atención al Asegurado, en el ámbito de los riesgos extraordinarios, atenderá las reclamaciones que le presenten los asegurados o sus representantes en relación con los expedientes que se refieran a solicitudes de indemnización por daños materiales, pérdida de beneficios y daños personales, de conformidad con los siguientes requisitos:

a) Reclamaciones contra acuerdos finales que hayan adoptado las unidades gestoras de tramitación de expedientes de los Servicios Centrales y de las Delegaciones Territoriales de la Entidad. Tanto si se tratase de acuerdos de indemnización como de denegación de las solicitudes presentadas.

b) Quejas que se refieran a irregularidades o dilaciones injustificadas en la tramitación de los expedientes de indemnización, aún cuando se presenten con carácter previo a la resolución final de los mismos.

c) Cuestiones de hecho consignadas en las valoraciones de daños. En todo caso, el Servicio de Atención al Asegurado no puede pronunciarse sobre las discrepancias o controversias que el asegurado pueda plantear en relación con las causas materiales del siniestro ni con el contenido de las valoraciones de daños efectuadas por los peritos del Consorcio en sus informes o dictámenes.

Dichas reclamaciones serán devueltas a los solicitantes para que, si lo entienden oportuno, acudan al procedimiento pericial contradictorio regulado en el artículo 38 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

3. CAUSAS DE NO ADMISIÓN A TRAMITE

El Servicio de Atención al Asegurado no admitirá a trámite las quejas y reclamaciones que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

a) Cuando se trate de reclamaciones cuya competencia corresponda a los departamentos de defensa o de atención al cliente de las compañías aseguradoras privadas.

b) Cuando se omitan datos esenciales no subsanables o la reclamación no concrete el motivo de la misma.

c) Cuando se trate de recursos o acciones cuya competencia corresponda a órganos administrativos, arbitrales o judiciales.

d) Cuando las cuestiones planteadas no se refieran a las operaciones de seguro que realiza la Entidad.

e) Cuando se trate de reiteraciones de reclamaciones o quejas ya resueltas por los mismos hechos y al mismo asegurado.

f) Cuando hubiera transcurrido el plazo de dos años desde la terminación del expediente de siniestro o, en su caso, cuando haya prescrito la acción para reclamar judicialmente.

4. TRAMITACIÓN DE LAS RECLAMACIONES

Una vez registrada la reclamación y asignado el número de expediente, el Servicio de Atención al Asegurado podrá recabar de la unidad gestora correspondiente el envío de la documentación obrante en el expediente, así como solicitar que le remita un detallado informe sobre la tramitación y resolución final del mismo, así como sobre las cuestiones concretas que plantea el asegurado en su reclamación o queja.

Igualmente, el Servicio de Atención al Asegurado podrá solicitar del reclamante la aportación de aquellos datos o documentos que pudieran ser relevantes para la resolución de la reclamación.

5. RESOLUCIÓN Y NOTIFICACIÓN

Las resoluciones del Servicio de Atención al Asegurado serán, en todo caso, motivadas y se fundamentarán en la normativa legal aplicable al ámbito de los riesgos extraordinarios, en las cláusulas contractuales contenidas en los condicionados de las pólizas de seguro y, en su caso, en los criterios generales que contengan las

resoluciones que haya venido adoptando el Servicio de Atención al Asegurado en supuestos análogos.

El expediente deberá quedar terminado en el plazo máximo de dos meses a partir de la fecha en que la queja o reclamación fuera presentada al Servicio o se hubiera completado por el reclamante la documentación solicitada.

La resolución será notificada a los interesados en el plazo de diez días naturales a contar desde su fecha, a través del mismo medio en que se hubiera presentado la queja o reclamación.

Las resoluciones del Servicio de Atención al Asegurado no tendrán en ningún caso carácter de acto administrativo recurrible, sin perjuicio de lo prevenido en el apartado 7 siguiente.

6. CUMPLIMIENTO DE LAS RESOLUCIONES

En los supuestos en que la resolución finalmente adoptada suponga la admisión total o parcial de la reclamación, el Servicio de Atención al Asegurado dará traslado de la misma a la unidad gestora correspondiente para que, en un plazo no superior a 15 días, proceda a su cumplimiento.

Una vez la unidad gestora haya procedido al cumplimiento de la resolución, lo pondrá en conocimiento del Servicio de Atención al Asegurado, el cual velará por la debida y completa ejecución de sus propias resoluciones.

7. SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DGSFP

Las resoluciones con que finalicen los procedimientos de tramitación de quejas y reclamaciones mencionarán expresamente la facultad que asiste al reclamante para que, en caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento, puedan presentar reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio postal en C/. Miguel Ángel, 21 (28010-MADRID).

Madrid, junio 2018